

PAM II

Cartilha

Guia rápido de utilização do
Plano de Assistência Médico-Hospitalar II



APRESENTAÇÃO

Esta CARTILHA é destinada aos beneficiários responsáveis (titulares de grupos familiares) dos produtos (PAMEG II, PAMFA II, PAMO II) que constituem o Plano de Assistência Médico-Hospitalar II (PAM II), da Caixa de Assistência dos Empregados do Banco do Estado do Rio Grande do Sul (CABERGS), registrada junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o número 30731-9.

Tem por objetivo informar em linguagem simples, clara e precisa todas as características dos produtos do PAM II, bem assim direitos e obrigações dos beneficiários destes.

Para tanto, nesta CARTILHA são destacadas, dentre outras: as condições de admissão; o início de vigência; os períodos de carência para consultas; internações, procedimentos e exames; as faixas etárias e os percentuais de reajuste entre uma faixa e outra; as condições de perda da qualidade de beneficiário; os eventos cobertos e excluídos; o tipo de contratação; o percentual de co-participação do beneficiário; os descontos da contraprestação pecuniária, os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias; a área geográfica de abrangência e o número de registro dos produtos junto a ANS.

Além desta CARTILHA, ao beneficiário responsável será entregue, por ocasião da sua inscrição e/ou de seus dependentes, um termo de adesão, o regulamento do plano e um exemplar do guia de assistência à saúde contendo a rede credenciada (relação de médicos, clínicas, laboratórios e hospitais).

Procedida a inscrição do beneficiário responsável, e seus eventuais dependentes, a CABERGS encaminhará as carteiras de identificação social - documento que dá acesso aos serviços que não exigem autorização prévia e outros mecanismos de regulação - ao titular do grupo familiar, bem como disponibilizará nos Terminais Clientes - TC Banrisul seu extrato de pagamentos ao PAM II e sua senha pessoal para acesso via Internet ao site (página ou endereço eletrônico da CABERGS) www.cabergs.org.br.

Acessando a página da CABERGS na Internet, o beneficiário responsável poderá confirmar as informações cadastrais de seu grupo familiar, fazer busca junto a rede credenciada, ler e imprimir os regulamentos dos planos e obter seus extratos pormenorizados de pagamentos mensais e anuais, além de outros.

Para quaisquer informações adicionais, a CABERGS disponibiliza o SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO BENEFICIÁRIO - SABE, que poderá ser acionado via telefone, fax, Internet, balcões de auto-atendimento ou na sua própria sede.

O QUE É O PAM II?

É a denominação usada pela CABERGS para identificar o que há de comum nos três planos de saúde (produtos) implementados em 01-06-2002, todos coletivos por adesão, de segmentação assistencial ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, que atendem as exigências da Lei 9.656/98, de 03-06-1998, e foram registrados junto a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com os seguintes nomes e sob os seguintes números:

- PAMEG II: Plano de Assistência Médico-Hospitalar Geral II - n.º 437.459/02-2
- PAMFA II: Plano de Assistência Médico-Hospitalar Facultativo II - n.º 437.460/02-6
- PAMO II: Plano de Assistência Médico-Hospitalar Opcional II - n.º 437.461/02-4.

O QUE HÁ DE COMUM ENTRE OS PLANOS DO PAM II?

Nos planos PAMEG II, PAMO II, PAMFA II são idênticos: os serviços e despesas cobertos, as especialidades, as consultas e sessões, os serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento - SADT -, os serviços hospitalares, os mecanismos de regulação, inclusive a co-participação, chamada de Taxa de Participação nas Despesas (TPD) e autorização prévia, a rede credenciada e o acesso a mesma, a abrangência geográfica, os preços pagos aos serviços credenciados, os serviços e despesas não cobertos, a forma de inscrição e desligamento, as carências, o reembolso, a administração e seu custeio, os formulários, carteiras, o atendimento, e tudo mais que não diga respeito exclusivamente as CONTRIBUIÇÕES mensais, taxa de inscrição e quem pode ser inscrito em cada produto.

QUAL A DIFERENÇA ENTRE OS PLANOS DO PAM II?

Resumem-se nas CONTRIBUIÇÕES mensais, inclusive o subsídio das Associadas Patrocinadoras, quando for o caso, que resultará em desconto para os beneficiários, a taxa de inscrição cobrada dos beneficiários por ocasião de seus ingressos, e quais categorias de beneficiários - usuários de planos de saúde - podem requerer suas inscrições em cada produto.

QUEM PODE SER INSCRITO NO PAMEG II?

Empregados de Associadas Patrocinadoras, aposentados e pensionistas da Fundação Banrisul, e os dependentes diretos das categorias referidas nos incisos "I" e "II".

QUEM PODE SER INSCRITO NO PAMFA II?

Os autopatrocinados da Fundadora Fundação Banrisul de Seguridade Social, os empregados que se desligarem das Associadas Patrocinadoras por demissão sem justa causa ou por aposentadoria, e que não sejam participantes da Fundação Banrisul, e os dependentes diretos das categorias referidas nos incisos "I" e "II".

QUEM PODE SER INSCRITO NO PAMO II?

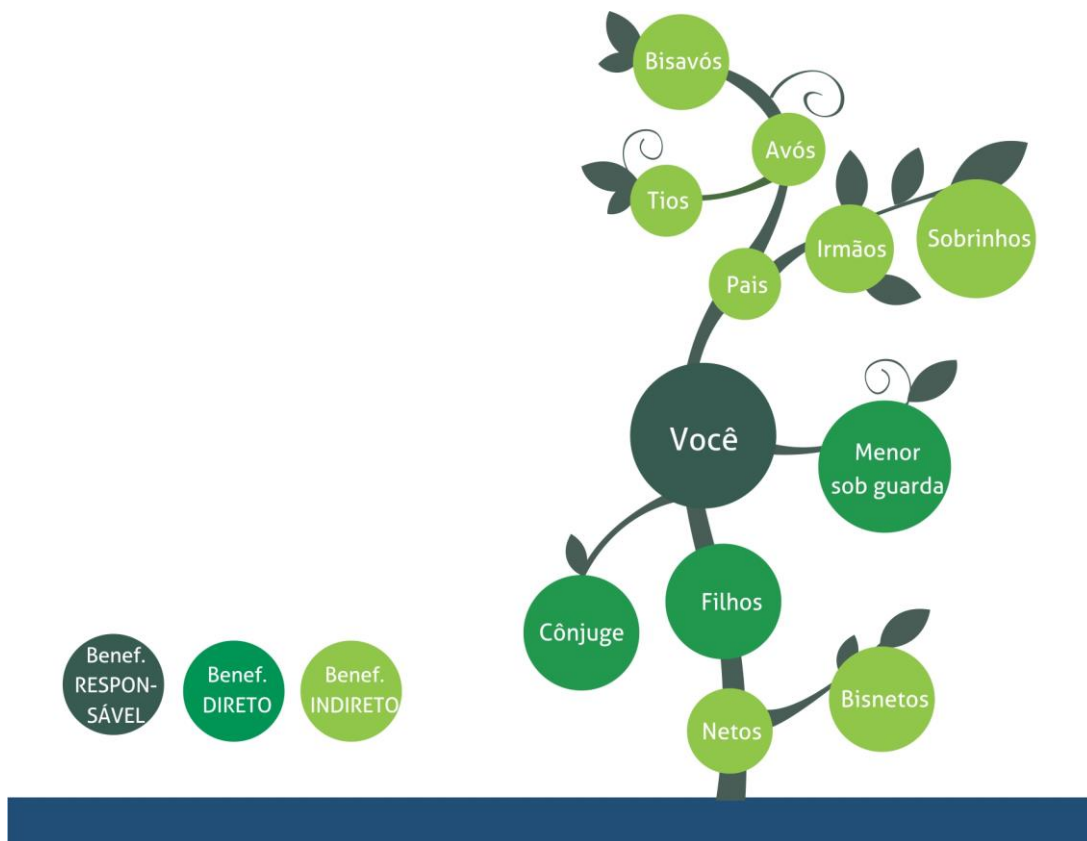
Os dependentes indiretos dos beneficiários responsáveis de planos.

QUEM SÃO OS DEPENDENTES DIRETOS?

O cônjuge, o companheiro(a), assim entendido aquele que mantenha, por, no mínimo, cinco anos de união estável, e os filhos (as) até 21 anos incompletos, ou inválidos, além dos filhos (as) até 24 anos, que não exerçam atividade remunerada e que estejam matriculados e freqüentando curso regular de ensino de segundo grau ou universitário, ou ainda curso preparatório ao exame vestibular.

QUEM SÃO OS DEPENDENTES INDIRETOS?

Aqueles que mantenham até terceiro grau de parentesco consangüíneo ou por afinidade com o beneficiário responsável, conforme ilustração, além dos filhos e filhas e companheiros e companheiras não enquadrados como dependentes diretos, bem assim o(a) ex-cônjuge ou equiparado que por decisão judicial estiver obrigado a assistir.



COMO PROCEDER PARA INSCREVER-SE EM UM DOS PLANOS?

A inscrição somente poderá ser requerida pelo beneficiário responsável do seu grupo familiar, por meio de preenchimento de documento padronizado da CABERGS e assinatura do termo de adesão a um dos planos. O formulário para inscrição deverá ser solicitado ao SABE.

EM QUE CASOS HAVERÁ A PERDA DA CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO DO PLANO?

- pelo atraso no pagamento das CONTRIBUIÇÕES por 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) intercalados no ano
- imediatamente, quando o beneficiário responsável, na condição de associado, categoria empregado, for desligado do quadro funcional de sua Associada Patrocinadora.
- por violação às normas do regulamento do plano.

O EMPREGADO QUE PERDER A CONDIÇÃO DE BENEFICIÁRIO, POR TER SIDO DESLIGADO DE SUA ASSOCIADA PATROCINADORA, PODERÁ OPTAR EM PERMANECER NO PLANO? CASO POSITIVO EM QUE PLANO?

Sim, em duas situações:

1ª) quando o desligamento for motivado por demissão sem justa causa, hipótese em que:

- se adquirir a condição de autopatrocinado junto à Fundação Banrisul poderá permanecer por tempo indeterminado
- poderá permanecer até um terço do tempo que ficou no plano, respeitado o mínimo de seis e o máximo de 24 meses, e desde que não obtenha outro emprego.
- Em ambos os casos o plano será o PAMFA II.

2ª) quando o desligamento se der por motivo de aposentadoria, caso em que:

- se adquirir a condição de participante assistido por aposentadoria junto à Fundação Banrisul poderá permanecer por tempo indeterminado, no plano em que estava
- poderá permanecer no plano a razão de um ano para cada ano de contribuição ao mesmo, ou por prazo indeterminado, quando o período de CONTRIBUIÇÕES for de, no mínimo, 10 (dez anos). Neste caso o plano será o PAMFA II.

QUEM PODE DESLIGAR UM BENEFICIÁRIO DO PLANO E COMO DEVERÁ PROCEDER?

Apenas o beneficiário responsável poderá requerer o seu desligamento ou de seus dependentes inscritos. O desligamento ficará condicionado ao recebimento pelo SABE do requerimento do beneficiário responsável e entrega da carteira de identificação social do desligado. O desligamento do beneficiário responsável implicará no imediato e automático desligamento de seus dependentes.

O QUE É CARÊNCIA?

Período de tempo compreendido entre a data de inscrição, como tal considerada a do recebimento pela CABERGS do termo de adesão devidamente preenchido e assinado, e a do atendimento médico-hospitalar, em que o beneficiário não terá as coberturas asseguradas pelo plano.

QUAIS AS CARÊNCIAS?

- 60 (sessenta) dias para consultas, sessões, procedimentos realizados em consultório particular e SADT em nível ambulatorial que não exijam autorização prévia, exceto tratamento quimioterápico e radioterápico procedimentos para os quais será observada a carência de 180 (cento e oitenta dias)
- 180 (cento e oitenta) dias para os demais procedimentos, exceto parto a termo
- 300 (trezentos) dias para o caso de parto a termo

COMO FICAM AS CARÊNCIAS PARA OS BENEFICIÁRIOS QUE JÁ POSSUÍAM OUTRO PLANO DA CABERGS?

Será considerada apenas para os procedimentos que passaram a ser cobertos (não eram garantidos no plano anterior), desde que a inscrição no PAM II dê-se imediatamente ao desligamento do plano anterior.

E NO CASO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA, QUAIS AS CARÊNCIAS?

- Quando caracterizada a urgência ou emergência, ao beneficiário em período de carência será assegurado todos os atendimentos que se fizerem necessários, em ambiente hospitalar, até 12 (horas) de atendimento.
- Sendo a urgência ou emergência decorrente de acidente pessoal ocorrido após 24 (vinte e quatro) horas da inscrição do beneficiário no plano, não haverá prazo de carência, para os atendimentos que evoluírem para internação, até a data da alta do paciente.

QUAL A ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA DOS PLANOS?

O compromisso dos planos é de somente constituir rede credenciada nas localidades, do país, onde pelo menos uma de suas Associadas Patrocinadoras possuir sede, filial ou agência.

ONDE OBTER A RELAÇÃO DE CREDENCIADOS?

No Guia de Assistência à Saúde, impresso em forma de livreto

O QUE É MECANISMO DE REGULAÇÃO?

- São instrumentos de controle ou regulação facultados pela Lei 9.656/98, que são adotados ou podem vir a ser exigidos pelos planos (PAM II) para: autorizar determinados procedimentos (autorização prévia)
- AUTORIZAÇÃO PRÉVIA: o plano somente se responsabilizará pelas despesas de uma internação após tê-la autorizado expressamente.
- TPD: sempre que for realizada uma consulta médica eletiva em consultório, o beneficiário responsável terá descontado um percentual do custo da mesma, assim considerado os honorários pagos ao médico e eventuais encargos que vierem a incidir.
- PORTA DE ENTRADA: antes de ser avaliado por um neurologista (especialista), por exemplo, o beneficiário terá que consultar com um clínico geral (generalista).
- DIRECIONAMENTO: uma cirurgia cardíaca somente será autorizada para ser realizada em um hospital especializado em cardiologia.

- REFERENCIAMENTO: a realização de uma ressonância magnética somente terá cobertura quando realizada em um dos serviços indicados dentre aqueles da rede credenciada.
- HIERARQUIZAÇÃO DE ACESSO: somente será autorizada a realização de uma ecografia de próstata via transretal, com biópsia da mesma (ultra-sonografia de próstata: transretal com biópsia), caso o resultado do exame PSA tenha apresentado alteração.

EM SÍNTESE, QUAIS OS SERVIÇOS E DESPESAS COBERTOS PELOS PLANOS?

- Observados os serviços e despesas não cobertos, basicamente as coberturas são:
- consultas médicas e sessões de psicoterapia e fonoaudiologia
- serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento - SADT, solicitados pelo médico assistente, inclusive quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e diálise peritoneal em regime ambulatorial ou internado
- internações hospitalares de patologias cobertas, sem limite de dias de internação, inclusive honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação
- fornecimento de medicamentos, materiais descartáveis, anestésicos, gases medicinais, taxas de uso de salas e de equipamentos, e transfusões, durante a internação hospitalar coberta.

QUAIS OS SERVIÇOS MAIS RELEVANTES QUE NÃO ERAM GARANTIDOS PELO PAM (PLANO ANTERIOR) E PASSARAM A SER ASSEGURADOS PELOS PLANOS PAM II?

- sessões de psicoterapia e fonoaudiologia
- tratamentos de hemodiálise e diálise peritoneal
- materiais de prótese, órtese ou síntese ligados ao ato cirúrgico, excluídos aqueles para fins estéticos
- transplantes de córnea ou rim, bem como despesas com procedimentos vinculados
- remoção de paciente de uma unidade hospitalar para outra mais próxima, a critério da CABERGS, após realizados os atendimentos classificados como URGÊNCIA e EMERGÊNCIA, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação
- internação psiquiátrica e tratamento em regime de hospital-dia, para determinadas patologias
- cirurgias buco-maxilo-faciais que exijam ambiente hospitalar, mesmo que não decorrente de acidente
- além de número ilimitado de consultas médicas e sessões de fisioterapia.

QUAL A COBERTURA HOSPITALAR PARA PSIQUIATRIA?

- internação até 30 (trinta) dias por ano, por beneficiário, em situação de crise
- internação de até 15 (quinze) dias por ano, por beneficiário, portador de quadro de intoxicação ou abstinência por dependência química
- 8 (oito) semanas anuais de tratamento em regime de hospital-dia
- para os casos especificados no parágrafo quarto, do art. 15 do Regulamento do PAM II, o tratamento acima referido, ao invés de 8 (oito) semanas, será de 180 (cento e oitenta) dias.

HÁ ALGUMA ESPECIALIDADE MÉDICA QUE NÃO TENHA COBERTURA PARA CONSULTAS, PELO PAM II?

Não. O PAM II cobre as consultas médicas de todas as especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina - e, ainda, a fonoaudiologia e psicologia.

EM QUE CIRCUNSTÂNCIAS DAR-SE-Á A COBERTURA DE CONSULTAS MÉDICAS?

Quando realizada no consultório particular da REDE CREDENCIADA, no horário normal de atendimento, com hora previamente marcada. Não há limite em relação ao número de consultas.

QUANTO O BENEFICIÁRIO PAGARÁ AO USAR A CONSULTA MÉDICA?

Aqueles que usarem até 12 (doze) consultas por ano pagarão 30%. Caso seja necessário usar mais, a TPD será de 50%.

E NAS SESSÕES DE FONOAUDIOLOGIA E PSICOTERAPIA, QUAL A COBERTURA?

Tais serviços estão limitados a 18 (dezoito) sessões quando se tratar de psicoterapia e 12 (doze) sessões quando se referir a fonoaudiologia. O limite estabelecido é por beneficiário, em cada ano civil, e a TPD, nesses casos, será de 30%. Na hipótese do beneficiário utilizar-se de mais sessões, ser-lhe-á repassado o custo integral da sessão, acrescido inclusive da taxa de administração de 10%.

O QUE SÃO SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO - SADT?

Os de diagnóstico são mais conhecidos como exames - análises clínicas (patologia clínica), anatomia patológica, citopatologia, genética, cardiologia, radiologia, ultra-sonografia, tomografia, ressonância magnética, endoscopia, e outros. Os de tratamento, como o próprio nome diz tratam doenças, são as hemoterapias, radioterapias, quimioterapias, diálise e hemodiálise (casos agudos)

e crônicos) e fisioterapias (medicina física e reabilitação). Todos os serviços previstos no Rol de Procedimentos estão cobertos, sem exceção, tanto em ambiente hospitalar como em nível ambulatorial.

QUAL O LIMITE E A COBERTURA PARA SADT?

O serviço poderá ser realizado em regime ambulatorial (no laboratório ou na clínica) ou em regime internado (paciente baixa ou se interna). Não existe limite, tanto para pacientes internados como em regime ambulatorial. Nos casos ambulatoriais a TPD será de 30%, exceto para os procedimentos de quimioterapia, radioterapia, diálise e hemodiálise para os quais não haverá TPD (cobertura integral). Em regime internado a cobertura será, sempre, integral (não pagará TPD), independentemente da acomodação ou classificação do hospital.

COMO SÃO DEFINIDOS OS ATENDIMENTOS REALIZADOS EM HOSPITAL?

A parte hospitalar pode ser dividida em regime ambulatorial ou internado. Chama-se regime ambulatorial quando o paciente não fica "hospedado", via de regra sua permanência é limitada no máximo a 12 (doze) horas no hospital. Por conseguinte, em regime internado, quando o paciente usa o pernoite. No regime internado, os procedimentos poderão ser clínicos ou cirúrgicos. Os clínicos são aqueles em que não há cirurgia.

QUAIS PROCEDIMENTOS OU SERVIÇOS EXIGEM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA?

- Independentemente do procedimento ser realizado junto a rede credenciada ou não, a cobertura dos seguintes procedimentos ou serviços somente será assegurada após o beneficiário obter a autorização prévia da CABERGS para realização dos mesmos?
- cirurgia ambulatorial
- internação cirúrgica
- radioterapia ou quimioterapia
- hemodiálise ou diálise peritoneal
- Prótese, Órtese ou Síntese.
- No caso de comprovada urgência, o beneficiário poderá internar-se ou realizar o procedimento ambulatorial sem a autorização prévia, hipótese em que deverá ser providenciada pelo responsável pela internação, quando for o caso, a obtenção da autorização, até o segundo dia útil imediatamente seguinte ao evento. Para procedimento eletivo não será fornecido autorização retroativa.

QUAIS OS SERVIÇOS E DESPESAS NÃO COBERTOS PELOS PLANOS?

- atendimento a domicílio, excetuando-se o pediátrico, cuja cobertura obedecerá o art. 31 do cirurgias e/ou procedimentos ilícitos, os proibidos pela ética médica, os experimentais, e os fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados ao ato cirúrgico, inclusive aviamento de lentes e óculos
- imobilizadores ortopédicos usados em substituição ao gesso. Gesso sintético é coberto
- medicamentos e materiais importados, inclusive próteses, órteses e seus acessórios, que tenham similar nacional
- internação para investigação diagnóstica e check-up
- cirurgias com finalidade de mudança de sexo
- tratamentos no exterior
- procedimentos clínicos e cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim, mesmo que justificados por uma causa médica, exceto quando destinado a:
 - restauração de funções ou lesões em órgãos, membros e regiões decorrentes de acidentes
 - reparação de mal formação congênita em filhos
 - reparação de neoplasia ou tumor
- odontológicos, excetuando-se as cirurgias buco-maxilo-faciais que necessitem de ambiente hospitalar
- transplantes, exceto de córnea e rim, para os quais há cobertura
- vacinas
- tratamentos em clínicas de emagrecimento, clínicas de repouso, estâncias hidrominerais, clínicas para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar
- inseminação artificial, fertilização "in vitro" e outros procedimentos análogos ou complicações decorrentes de quaisquer destes casos
- fornecimento de materiais, medicamentos e serviços para tratamento domiciliar
- enfermagem particular no hospital ou domicílio
- extraordinários por acomodações superiores às previstas no PAM II
- casos de cataclismos, guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente
- remoção de paciente, exceto de uma unidade hospitalar para outra mais próxima a critério da CABERGS, após realizados os atendimentos classificados como URGÊNCIA e EMERGÊNCIA, quando caracterizada pelo médico assistente a falta de recursos oferecidos para a continuidade de atenção ao paciente ou pela necessidade de internação
- serviços de auto-atendimento, tipo housing, ou cuidados em casa (home care)

- serviços e despesas relativos os tratamentos ou internações psiquiátricas além dos limites cobertos
- outras, tais como:
- alimentação de acompanhante
- refrigerantes
- dieta não recomendada pelo médico
- decorações
- taxas adicionais decorrentes da utilização de televisão, rádio, ar
- condicionado e similares
- chupetas, mamadeiras, lenços, aspiradores de seio, adaptador de bico de seio e outros correlatos
- extraordinários, tais como: telefonemas, despesas de toilette e outros que vierem a ser criados a partir da data deste Regulamento.

EXISTE A POSSIBILIDADE DO BENEFICIÁRIO SER REEMBOLSADO DAS DESPESAS QUE TIVER COM PROCEDIMENTOS COBERTOS EM SERVIÇOS NÃO CREDENCIADOS?

Sim, porém apenas quando na localidade não existir ou não estiver disponível a REDE CREDENCIADA, serviços próprios da CABERGS ou CONVÊNIO DE RECIPROCIDADE com entidade congênera (outro plano de saúde de autogestão).

QUAIS AS FORMALIDADES PARA REQUERER O REEMBOLSO?

Preencher o formulário padronizado da CABERGS e apresentar a documentação especificada no referido formulário.

QUAL O VALOR DO REEMBOLSO?

O valor de reembolso será apurado com base no preço pago pelo beneficiário, limitado ao fixado na tabela adotada pela CABERGS para remuneração de seus credenciados, e deduzida a TPD. No caso de paciente internado, os honorários médicos relativos a procedimentos clínicos e cirúrgicos serão calculados sempre considerando a acomodação semi-privativa.

QUAL O PRAZO PARA PAGAMENTO DO REEMBOLSO E COMO ELE SERÁ EFETUADO?

No prazo máximo de 30 (trinta) dias após a entrega da documentação exigida pela CABERGS, constante no formulário padronizado para requerimento, sendo o crédito efetuado na conta bancária indicada pelo beneficiário responsável à CABERGS.

EM QUE CIRCUNSTÂNCIAS O BENEFICIÁRIO PERDERÁ O DIREITO AO REEMBOLSO?

- quando houver serviço credenciado na localidade, próprio ou convênio de reciprocidade, o mesmo estiver disponível e o beneficiário optar por serviço não credenciado
- na hipótese de não requerê-lo no prazo de 90 (noventa) dias contados a partir da data da realização da despesa
- quando não pedir autorização prévia para a realização de procedimento que exija esse mecanismo de regulação.

COMO SERÃO ESTABELECIDAS AS MENSALIDADES DOS BENEFICIÁRIOS AOS PLANOS?

As CONTRIBUIÇÕES mensais (mensalidades) serão fixadas em tabelas, organizadas pelo critério de faixas etárias dos beneficiários, descontadas do contracheque do beneficiário responsável do grupo familiar, observadas as seguintes variações:

- de 0 (zero) a 17 (dezesete) anos de idade
- de 18 (dezoito) a 29 (vinte e nove) anos de idade - com preço 25% superior à faixa anterior
- de 30 (trinta) a 39 (trinta e nove) anos de idade - com preço 25% superior à faixa anterior
- de 40 (quarenta) a 49 (quarenta e nove) anos de idade - com preço 25% superior à faixa anterior
- de 50 (cinquenta) a 59 (cinquenta e nove) anos de idade - com preço 25% superior à faixa anterior
- de 60 (sessenta) a 69 (sessenta e nove) anos de idade - com preço 25% superior à faixa anterior
- de 70 (setenta) anos de idade ou mais - com preço 25% superior à faixa anterior.

HAVERÁ TAXA DE INSCRIÇÃO?

Sim, porém apenas para aqueles que não tinham outro plano da CABERGS. Será equivalente a uma contribuição mensal do beneficiário e cobrada junto com a primeira mensalidade.

QUANDO SERÃO REAJUSTADAS AS MENSALIDADES DOS BENEFICIÁRIOS?

Observada a legislação em vigor, sempre que houver aumento do custo dos serviços, da sinistralidade dos eventos ou dos encargos necessários a execução das atividades de cada plano.

QUAL SERÁ O VALOR DA MENSALIDADE DO BENEFICIÁRIO?

As Tabelas que fixam os valores das mensalidades dos beneficiários são divulgadas através do Anexo II do Regulamento do PAM II, que acompanha esta CARTILHA e está disponibilizado no site www.cabergs.org.br.

HAVERÁ ALGUM DESCONTO (ABONO OU ABATIMENTO) NA MENSALIDADE DOS BENEFICIÁRIOS?

Os eventuais descontos incidentes sobre as tabelas de mensalidades dos beneficiários, concedidos em razão de subsídio procedente de Associada Patrocinadora, constam do Anexo I do Regulamento do PAM II, que acompanha esta CARTILHA e está disponibilizado no site da CABERGS.

ALÉM DA TAXA DE INSCRIÇÃO E CONTRIBUIÇÃO MENSAL, O BENEFICIÁRIO PAGARÁ MAIS ALGUMA COISA?

Sim, quando usar os serviços pagará parte de determinadas despesas, a título de co-participação, que nos planos recebe o nome de taxa de participação nas despesas (TPD).

QUAL SERÁ A CO-PARTICIPAÇÃO (TPD) DO BENEFICIÁRIO?

A taxa de participação nas despesas - TPD, das despesas cobertas e efetivamente realizadas pelos beneficiários, cobrada do responsável, será correspondente ao percentual dos procedimentos adiante especificados, incidente sobre o valor pago ao serviço credenciado, acrescido dos eventuais encargos, tal como a contribuição previdência sobre os honorários dos autônomos :

- 30% (trinta por cento) para até 12 CONSULTAS MÉDICAS por ano, por BENEFICIÁRIO
- 50% (cinquenta por cento) para o que exceder a 12 (doze) CONSULTAS MÉDICAS por ano, por BENEFICIÁRIO
- 30% (trinta por cento) para até 18 (dezoito) sessões de psicoterapia, por ano, por BENEFICIÁRIO
- 30% (trinta por cento) para até 12 (doze) sessões de fonoaudiologia, por ano, por BENEFICIÁRIO
- 50% (cinquenta por cento) para os tratamentos em hospital-dia decorrentes de transtornos psiquiátricos previstos nos parágrafos terceiro e quarto do art.15 do Regulamento do PAM II

- 30% para os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e tratamento de que trata a seção III, do Capítulo III, do Regulamento do PAM II, quando realizados em regime ambulatorial, exceto, hemodiálise, diálise peritoneal, quimioterapia e radioterapia, os quais não terão TPD.
- 30% para os demais procedimentos não referidos neste artigo, exceto aqueles previstos no caput do art. 12 do Regulamento do PAM II, combinado com o parágrafo quinto do mesmo artigo, os quais não terão TPD.
- Na hipótese do beneficiário receber atendimento não coberto pelos planos ou acima dos limites assegurados, em serviços credenciados, a TPD corresponderá a 100%.

PARA QUAIS SERVIÇOS E DESPESAS COBERTOS NÃO HAVERÁ COBRANÇA DE CO-PARTICIPAÇÃO (TPD), QUANDO REALIZADOS NA REDE CREDENCIADA?

Não haverá nenhuma participação do beneficiário ou seja a cobertura será integral, de 100%, nas seguintes hipóteses:

- quaisquer tratamentos ambulatoriais de hemodiálise, diálise peritoneal, quimioterapia e radioterapia
- em todas as despesas hospitalares e respectivos honorários médicos decorrentes de:
- cirurgia ambulatorial realizada em ambiente hospitalar
- internação em acomodação até quarto-semiprivativo
- internação em acomodação até quarto-privativo, porém apenas em hospitais credenciados da classe "E".

PODE-SE DIZER QUE NO PAM II A ACOMODAÇÃO HOSPITALAR GARANTIDA É SEMI-PRIVATIVA? E, ASSIM SENDO, EXISTE ALGUMA POSSIBILIDADE DE UM BENEFICIÁRIO INTERNAR-SE EM ACOMODAÇÃO PRIVATIVA?

Sim, como já vimos, exceção feita aos hospitais classificados como "E", que via de regra se resumem a alguns poucos do interior do Estado, com pequenos recursos e baixa resolutividade, a acomodação garantida é até quarto semi-privativo, com banheiro no quarto e, se o hospital disponibilizar, despesas com o pernoite de um acompanhante.

Contudo, os planos do PAM II, admitirão a possibilidade do paciente internar-se em acomodação privativa, nos hospitais classificados de "A" a "D", desde que o beneficiário ressarcir a CABERGS, a diferença entre a acomodação privativa e a semi-privativa (diária) e os honorários médicos correspondentes a esta opção, que neste caso dobram de valor. O ressarcimento será lançado como TPD.